

Ectoparasitose cutanée

Gale et pédiculose

DR Pierre-André BÉCHEREL, PR Olivier CHOSIDOW

Service de médecine interne, groupe hospitalier La Pitié-La Salpêtrière, 75013 Paris.

Points Forts à comprendre

- Les ectoparasitoses (gale et pédiculoses) sont des maladies transmissibles interhumaines.
- La gale doit être considérée comme une maladie sexuellement transmissible, dans la plupart des cas. Les traitements disponibles (benzoate de benzyle, ivermectine...) sont très efficaces, et les résistances vraies sont rares.
- La situation est plus contrastée pour les pédiculoses, qui représentent en fait 3 maladies différentes (sur le cuir chevelu, le corps et le pubis). Leur épidémiologie est différente (enfant pour le cuir chevelu, sujets en précarité pour le corps, maladie sexuellement transmissible pour le pubis). Des résistances existent pour certains traitements (pyréthrines et même malathion), ce qui doit conduire à changer de classe thérapeutique en cas d'échec d'un traitement bien conduit. Enfin, les pédiculoses corporelles peuvent véhiculer des infections bactériennes potentiellement sévères.

Étiologie

Les ectoparasitoses comprennent les pédiculoses et la gale sarcoptique humaine. Elles sont fréquentes en milieu scolaire, dans les collectivités telles que les maisons de retraite et les services de long séjour pour personnes âgées, mais également dans toutes les situations de précarité (personnes sans domicile fixe, foyers d'accueil pour chômeurs sans droit, camps de réfugiés). Elles posent parfois de difficiles problèmes diagnostiques et thérapeutiques en fonction de l'âge du patient et du terrain.

■ Pédiculose

Les poux sont des insectes hématophages, parasites stricts de l'homme. Il existe 3 espèces de poux appartenant à 2 genres: *Pediculus humanus*, *capitis* ou *corporis*, et *Phthirus pubis*. La femelle vit de 2 à 3 mois et pond au cours de sa vie de 200 à 300 lentes. Celles-ci, solidement adhérentes aux cheveux, éclosent au bout de 8 jours et deviennent adultes en 10. Les produits utilisés doivent donc nécessairement avoir une bonne activité lenticide.

■ Gale

La gale est due à un acarien, *Sarcoptes scabiei*, parasite humain obligatoire, creusant des sillons dans la couche cornée de l'épiderme. Après la fécondation, la femelle dépose ses œufs dans le sillon. Elle pond approximativement de 40 à 50 œufs durant ses 4 à 6 semaines de vie. Les larves éclosent après 3 à 4 jours et deviennent matures en 10 jours. Les sarcoptes ont des préférences pour certains sites et évitent les zones pileuses. Le sarcopte adulte ne survit que 24 à 36 heures en dehors de son hôte à température ambiante. En revanche, les œufs vivent au moins 10 jours.

Épidémiologie

■ Pédiculose

La transmission est interhumaine et directe dans la majorité des cas. La pédiculose du cuir chevelu est la plus fréquente (prévalence pouvant aller jusqu'à 20 % en France). Elle existe surtout chez les enfants en milieu scolaire (2-12 ans), toutes origines sociales confondues, et chez les adultes d'hygiène médiocre. Moins fréquente en Europe, la pédiculose corporelle touche essentiellement les individus en situation de précarité. Les poux sont alors trouvés dans les vêtements. Ces poux sont les vecteurs de la fièvre des tranchées (*Bartonella quintana*), responsable d'endocardites, du typhus exanthématique (*Rickettsia prowasecki*), et de la fièvre récurrente (*Borrelia recurrentis*). Des études sérologiques récentes indiquent une immunisation, souvent importante, contre ces germes dans ces populations bien ciblées (plus de 50 %). La transmission de la pédiculose pubienne est surtout sexuelle. *Phthirus pubis*, habituellement logé sur les poils pubiens, peut toucher toutes les régions pileuses (cuir chevelu, barbe, aisselles, cils). Une transmission non sexuelle est possible.

■ Gale

La gale est essentiellement transmise par contact humain direct et peut être considérée comme une maladie sexuellement transmissible (MST). Des cas très rares, en raison de la survie limitée mais possible du parasite en dehors de son hôte, peuvent être rapportés à des conta-

minations indirectes. La gale survient par épidémies cycliques, notamment dans des foyers de personnes âgées. La gale croûteuse généralisée, hyperkératosique, improprement appelée « norvégienne », est très contagieuse, notamment pour le personnel médical et paramédical. Dans les pays où le virus HTLV-1 a une forte prévalence, la gale croûteuse généralisée est un marqueur de l'infection rétrovirale (Asie du Sud-Est, Afrique intertropicale). Des formes croûteuses localisées sont désormais décrites (cuir chevelu, ongles des doigts et des orteils).

Examen clinique

■ Pédiculose

Le principal signe fonctionnel est le prurit, quelle que soit la localisation.

1. Pédiculose du cuir chevelu

Le prurit prédomine dans les régions occipitales et temporales, où il faut chercher les lentes, plus facilement visibles sur les cheveux foncés. Les lentes ne tombent pas quand on secoue le cheveu, à l'opposé des pellicules. Les lentes vivantes sont accrochées à moins de 1,3 cm du cuir chevelu, ce qui les distingue en théorie de celles qui sont mortes. Les poux sont moins nombreux (une dizaine le plus souvent) et plus difficiles à voir, notamment sur cheveux foncés. Le prurit est à l'origine de lésions de grattage qui peuvent se surinfecter. On doit systématiquement évoquer une pédiculose devant un impétigo ou une pyodermite du cuir chevelu, surtout s'il existe des excoriations et des lésions eczématiformes de la nuque. Les adénopathies cervicales sont alors fréquentes. Le prurit est cependant absent dans certains cas.

2. Pédiculose du corps

Le prurit corporel s'accompagne d'une éruption urticaire et de lésions de grattage, qui prédominent aux régions couvertes et notamment aux emmanchures postérieures, aux régions scapulaires et lombaires. Lorsque l'infestation est chronique, on peut observer un mélange de lésions excoriées récentes, de lésions hyperpigmentées et de séquelles cicatricielles dépigmentées. Cette leucomélanodermie des vagabonds est très évocatrice. Les poux ne sont présents sur la peau que lorsqu'ils se nourrissent. Il faut les rechercher dans les vêtements (où la femelle pond ses œufs), en particulier dans les coutures.

3. Pédiculose du pubis (ou phthiriose)

Phthirus pubis se loge normalement sur les poils pubiens mais peut aussi toucher ceux des cuisses, de l'abdomen, des aisselles et des moustaches. Chez l'enfant, les cils et les sourcils peuvent être atteints. L'atteinte du cuir chevelu est rarissime. La pédiculose du pubis se manifeste par un prurit et des lésions de grattage, pouvant s'impétiginiser et s'accompagner d'adénopathies. Les taches bleu ardoise sur l'abdomen et les cuisses sont en fait exceptionnelles. Il faut chercher les lentes grisâtres et

les poux immobiles, accrochés à la base des poils, en s'aidant si besoin d'une loupe. En cas de localisation ciliaire, on peut observer une conjonctivite et une blépharite du bord libre. La contamination des nourrissons semble être d'origine maternelle. Chez l'enfant, l'existence d'une blépharite parasitaire doit faire rechercher des sévices sexuels. De manière générale, d'autres maladies sexuellement transmissibles peuvent être associées et doivent être diagnostiquées : urétrites, syphilis, infection VIH... Le port du préservatif ne protège pas de la pédiculose pubienne.

■ Gale

1. Caractéristiques du prurit

Le prurit est le motif de consultation le plus fréquent. Il est à recrudescence nocturne.

Son caractère familial ou collectif ainsi que sa topographie sont en revanche plus évocateurs. Il prédomine sur la face antérieure du corps et respecte habituellement le haut du dos, le visage et le cuir chevelu.

Les sites d'élection sont : la face antérieure des poignets, les espaces interdigitaux, les faces latérales des mains, leurs bords cubitiaux, les plis axillaires antérieurs, les mamelons, l'ombilic, les organes génitaux, les fesses et la pointe des coudes.

2. Examen clinique

Il met en évidence deux types de lésions :

- **les lésions de grattage** : non spécifiques, mais évocatrices du fait de leur topographie ;
- **les lésions spécifiques** : peu nombreuses, elles permettent d'affirmer la gale.

Sont caractéristiques :

- les sillons, correspondant au trajet des femelles dans l'épiderme. Ils doivent être cherchés sur les poignets, entre les doigts, sur les paumes et les plantes des pieds des nourrissons. Ils produisent un trait fin, sinueux, blanchâtre ou grisâtre, de 5 à 15 mm de long, terminé par un petit promontoire où gît le parasite. Une petite goutte d'encre déposée à leur surface permet de visualiser leur trajet ;
- les vésicules perlées, abritant les nymphes, forment des élevures éparées, translucides et punctiformes. Elles sont surtout observées dans les espaces interdigitaux, sur la face palmaire des mains et la face plantaire des pieds des nourrissons ;
- les nodules scabieux sont de grosses papules infiltrées, parfois excoriées (appelés alors chancres scabieux), siégeant dans les régions génitales ou axillaires. Ils ne contiennent habituellement pas le sarcopte (réaction immuno-allergique).

3. Formes cliniques

Certaines formes rendent le diagnostic clinique de la gale plus difficile :

- l'eczématisation ou l'impétiginisation de la parasitose en complique l'analyse sémiologique. La topographie

des lésions permet habituellement d'orienter le diagnostic ;

- la gale des sujets à l'hygiène rigoureuse n'a pas souvent de lésion spécifique ;
- la gale des nourrissons atteint le visage. Elle est souvent riche en vésicules perlées (mains, pieds) et en nodules scabieux (grands plis, langes). La topographie plantaire est caractéristique ;
- la gale croûteuse généralisée, observée chez les immuno-déprimés (y compris par la corticothérapie locale), est caractérisée par une extrême contagiosité et un aspect clinique trompeur (prurit modéré ou absent, lésions croûteuses ou kératosiques farineuses généralisées, avec épaississement des ongles voire érythrodermie). Le contexte est parfois évocateur (maison de retraite, etc.). On observe aussi des formes croûteuses localisées, notamment sous les ongles, chez des sujets immuno-déprimés chez lesquels un brossage sous-unguéal par le topique scabicide n'a pas été effectué.

4. Examens complémentaires

La recherche de sarcopte se fait dans le produit de grattage d'un sillon ou d'une vésicule perlée, voire une biopsie cutanée. L'examen, très spécifique, manque cependant de sensibilité.

Un bilan de maladie sexuellement transmissible est fait si le contexte épidémiologique s'y prête (infection par le virus de l'immunodéficience humaine).

Une éosinophilie modérée existe parfois.

Diagnostic différentiel

Il se pose avec les autres dermatoses prurigineuses :

- les gales d'origine animale sont rares. Elles guérissent souvent spontanément, car elles représentent une impasse parasitaire pour l'homme ;
- la dermatite atopique et l'eczéma dysidrosique sont facilement éliminés sur le contexte.

Traitement

■ Gale

• **Le traitement de la gale était jusqu'à présent uniquement local** ; il doit être prescrit simultanément à toutes les personnes vivant au contact du sujet contaminé [conjoint, partenaire(s) sexuel(s)...].

• **Les produits scabicides** ainsi que leurs modalités d'application, leurs avantages et inconvénients sont résumés dans le tableau I. Le benzoate de benzyle (Ascabiol) représente encore le traitement le plus prescrit en France, car il est peu toxique et régulièrement efficace. Habituellement, il doit être appliqué sur tout le corps, sauf le visage. Cependant, l'atteinte de plus en plus fréquente du cuir chevelu incite à traiter systématiquement l'ensemble du tégument. Le plus souvent, 2 applications consécutives de 24 h sont

pratiquées sur peau humide, séparées par un bain. Après chaque application, il faudra changer tout le linge et la literie, qui seront systématiquement désinfectés : lavage à 60 ° C, nettoyage à sec ou contact pendant 48 heures avec un scabicide sous emballage hermétique. La désinfection des locaux d'habitation est inutile, voire dangereuse, en raison de l'utilisation abondante d'insecticide qu'elle implique.

• **La pyrèthrine** commercialisée dans cette indication est l'esdépalléthrine (Sprégal). Elle est appliquée pendant 12 h en une application unique. Sa forme galénique (aérosol) la contre-indique chez l'asthmatique (risque de bronchospasme).

• **Chez le nourrisson**, on peut utiliser une application unique de benzoate de benzyle pendant 6 à 12 h, le produit pouvant être dilué dans 2 ou 3 volumes d'eau ; le lindane est contre-indiqué à cet âge. Chez l'enfant de plus de 2 ans, le benzoate de benzyle peut être gardé 12 à 24 h et renouvelé à 24 h d'intervalle. Chez la femme enceinte, il est recommandé d'éviter le lindane mais les pyrèthrines sont possibles.

• **En cas d'eczématisation**, le traitement antiscabieux précède la cure de l'eczéma de 24 heures (par dermocorticoïdes de classe III ou IV, ou mieux, par émoullissants) ; en cas d'impétiginisation, une antibiothérapie générale (macrolide ou synergistine pendant 7 jours) précède de 48 heures le traitement scabicide.

• **L'introduction thérapeutique récente de l'ivermectine** (Stromectol) va révolutionner la prise en charge de la gale. Il s'agit d'un antiparasitaire au spectre d'activité extrêmement large (onchocercose, filariose lymphatique, anguillulose...). En pratique, dans la gale commune, une dose unique de 200 µg/kg est efficace dans la très grande majorité des cas, en sachant que le délai de guérison peut être tardif (jusqu'à 4 semaines). L'ivermectine devrait ainsi permettre la maîtrise rapide des épidémies de gale en institution, notamment les maisons de retraite, en autorisant un traitement simultané, facile et rapide des sujets index et contacts, y compris du personnel médical et paramédical.

L'ivermectine constitue aussi un progrès thérapeutique important dans la gale profuse et la gale croûteuse généralisée, caractérisée par une hyperkératose et une densité très importante de sarcoptes, d'où son extrême contagiosité. Auparavant, elle était traitée par des applications répétées de kératolytiques (vaseline salicylée à 10 ou 20 %) et de benzoate de benzyle au cours d'une hospitalisation prolongée, avec isolement. L'ivermectine améliore la prise en charge, tout en sachant que l'association à un topique scabicide reste nécessaire. C'est aussi dans ces formes que l'on peut être amené à renouveler la prise (à 2 semaines d'intervalle en fonction de la clinique et du prélèvement parasitologique).

Une demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication (Stromectol) vient d'être accordée en France.

• **Après un traitement correctement suivi**, le prurit peut persister pendant 1 semaine environ ; il est inutile de refaire de nouvelles applications de topiques scabicides,

irritantes et responsables d'eczéma. Les nodules scabieux disparaissent parfois seulement après plusieurs semaines. Le crotamiton représente une bonne indication dans ce cas.

• **La persistance du prurit** peut être due à :

- une réaction allergique ;
- un produit irritant ;
- un prurit psychogène (acarophobie) ;
- une recontamination ;
- un traitement insuffisant.

■ Pédiculose

1. Généralités

Les traitements doivent avoir une activité pédiculicide et surtout lenticide. Les principales caractéristiques pharmacologiques des topiques pédiculicides et scabécides sont résumées dans les tableaux I et II. Les contre-indications mentionnées par le fabricant pour chaque produit doivent être impérativement respectées, en sachant que la durée d'application est parfois sous-estimée (pyréthrines). Les organo-phosphorés et les pyréthrines sont les plus utilisés actuellement en Europe.

• **Le malathion** (Prioderm) : il est le chef de file des organo-phosphorés. Ces molécules sont pédiculicides et lenticides.

• **Les pyréthrines et pyréthroides** : pédiculicides et lenticides, elles sont souvent mieux acceptées au plan cosmétologique. Il faut préférentiellement choisir une pyréthrine synergisée par le butoxyde de pipéronyle.

• **Les organo-chlorés** : plus anciens (lindane ou hexachlorocyclohexane = Aphotia, DDT), sont moins efficaces. De plus, ils sont pédiculicides mais moins bons lenticides.

Les premiers cas de résistance au malathion apparaissent en France. En pratique, en cas d'échec d'un traitement bien conduit (tableau III), les recommandations françaises préconisent de changer de classe pharmacologique.

2. Modalités d'application

Les lotions et solutions constituent aujourd'hui la forme la plus adaptée, en prenant garde toutefois d'éviter tout écoulement sur les muqueuses. Les aérosols risquent de déclencher des bronchospasmes chez les asthmatiques. Les shampooings sont moins efficaces, en raison d'un temps de contact insuffisant et de la dilution. Les poudres devraient uniquement être

TABLEAU I

Principaux topiques pédiculicides et scabécides				
Principe actif	Spécialité	Galénique	Efficacité	Effets secondaires
Organo-chlorés lindane	Scabecid Éléol	crème à 1 % crème à 1 %	pédiculicide lenticide ±	☐ neurologiques : convulsions ☐ hématologiques hépatiques
Organo-phosphorés malathion	Prioderm	lotion à 0,5 %	pédiculicide lenticide efficacité = 95 %	☐ odeur ☐ irritation ☐ pulmonaires ☐ digestifs ☐ neurologiques ☐ dangereux près d'une source de chaleur
Pyréthrines naturelles	v. tableau II	aérosols* lotions shampooings	pédiculicide lenticide ±	☐ irritation ☐ neurologiques (faibles)
Pyréthrines de synthèse	v. tableau II	aérosols* lotions shampooings	pédiculicide lenticide efficacité = 95 %	☐ irritation ☐ neurologiques (faibles)
Benzoate de benzyle	Ascabiol	lotion à 10 %	pédiculicide scabécide ++	☐ irritation ☐ eczématisation ☐ neurologiques : convulsions
Crotamiton	Eurax	crème	nodules scabieux	☐ irritation

* Tous les aérosols sont susceptibles d'entraîner un bronchospasme.

TABLEAU II

Pyréthrines naturelles et de synthèse		
Spécialité	Principe actif	Galénique
Pyréthrines naturelles et butoxyde de pipéronyle		
Spray-Pax Hegor	pyréthre 1,3 % pyréthrine 0,75 %, + camphre	aérosol aérosol
Pyréthrines de synthèse		
Hégor Parasidose Itax Item Item Nix	d-phénothrine 0,23 % d-phénothrine 0,2 % phénothrine 0,3 % d-phénothrine 0,3 % d-phénothrine 0,4 % perméthrine 1 %	shampooing shampooing shampooing lotion shampooing crème
Pyréthrines de synthèse et butoxyde de pipéronyle		
Para Spécial Poux Para Spécial Poux Sprégol Pyréflor Pyréflor + énoxolone Heldis Parasidose	dépalléthrine 0,66 % dépalléthrine 1,1 % esdépalléthrine 0,63 % perméthrine 0,3 % perméthrine 0,3 % spray, lotion perméthrine 0,160 % phénothrine + malathion	lotion shampooing aérosol shampooing aérosol lotion

utilisées pour traiter le linge. Les crèmes sont surtout adaptées à certaines localisations, comme les cils. La lotion est appliquée raie par raie, en quantité suffisante pour mouiller tout le cuir chevelu. Pour les pyréthrines, le temps (5-10 min, 1 h voire 12 h pour certains fabricants) et la fréquence des applications [unique ou renouvelée le lendemain et (ou) 8 j plus tard] sont variables selon les spécialités et l'âge de l'enfant ; elles sont précisées dans les notices des fabricants. Le malathion doit rester en place de 8 à 12 h, avec une seule application en règle.

• **Pour le nourrisson** : il est souhaitable de limiter le temps d'application des pyréthrines à 10 minutes, puis de rincer par un shampooing non traitant. On renouvellera l'application 8 j plus tard. Les organo-phosphorés sont à éviter avant l'âge de 6 mois (voire de 2 ans).

• **Pour l'enfant en âge scolaire** : si l'on choisit les pyréthrines, leur durée d'application varie de 1 à 12 h, en fonction de la spécialité choisie. Quel que soit le produit,

TABLEAU III

Causes d'échecs du traitement des pédiculoses
☐ facteurs humains : incompréhension du traitement (barrière du langage) ☐ ignorance ou négligence ☐ coût des produits, non remboursés par la Sécurité sociale ☐ réinfestation : mesures associées non réalisées ☐ durée et (ou) fréquence insuffisante des applications ☐ application d'une quantité insuffisante de produit ☐ utilisation d'une galénique inappropriée ☐ utilisation d'un produit imparfaitement lenticide ☐ acquisition de résistances aux insecticides utilisés

TABLEAU IV

Causes de prurit postscabieux
Sans intervalle libre après traitement (après 48- 72h) ☐ irritation cutanée par le traitement acaricide (traitement excessif) ☐ dermite eczématiforme (réaction allergique) ☐ traitement insuffisant : mauvaise observance (incompréhension du traitement), hyperkératose de la gale croûteuse (décapage initial par vaseline salicylée insuffisant) ☐ acarophobie ☐ autre cause de prurit masqué par une gale
Avec intervalle libre après traitement (> 72 h) ☐ réinfestation précoce : sujets contacts non traités, portage au niveau du cuir chevelu non traité, nodule persistant

il doit être rincé avec un shampooing non traitant. Les cheveux sont ensuite peignés avec un peigne fin, sa qualité étant fondamentale, pour retirer les lentes. Il faut aussi décontaminer les brosses, peignes, chapeaux, écharpes, peluches et la literie (draps, oreiller). Celle-ci peut être simplement lavée en machine ou mise dans un sac fermé, avec éventuellement un insecticide de contact. Il n'est pas nécessaire de traiter systématiquement toute la famille. En revanche, les parents doivent être sensibilisés à une surveillance de la fratrie et au suivi des enfants atteints sous traitement. Les collectivités doivent être informées, afin de faciliter le dépistage et éventuellement le traitement de la classe s'il existe de nombreux cas d'infestation. Il n'est pas nécessaire de pratiquer une éviction scolaire si le traitement est débuté le soir même du diagnostic. Sur les cils, il est possible d'appliquer de la crème à base de perméthrine à 1 % pendant 10 min ou, à défaut, de la vaseline pure. La prophylaxie repose sur une bonne information en milieu

scolaire et lors des réunions de parents d'élève en cas d'épidémie. Un lavage régulier des cheveux avec un produit antipoux durant l'année scolaire est totalement inutile.

3. Pédiculose corporelle

Le plus souvent, aucun traitement antiparasitaire n'est nécessaire, en dehors des camps de réfugiés. Il faut penser à dépister et à traiter une éventuelle maladie infectieuse associée, transmise par la morsure des poux. L'armée américaine a également testé des vêtements imprégnés de pyréthrine. En revanche, il faut désinfecter les vêtements et la literie, où les parasites sont localisés.

4. Pédiculose pubienne

Elle nécessite un traitement du patient et du (des) partenaire(s) sexuel(s), selon des modalités identiques à celles de la pédiculose du cuir chevelu. Il est préférable de traiter l'ensemble des zones pileuses du tronc et des cuisses. Le rasage des poils est parfois souhaitable en cas de lentes abondantes. Les vêtements seront désinfectés et les maladies sexuellement transmissibles associées seront dépistées et traitées. Dans tous les cas, l'impétiginisation éventuelle est traitée localement (antiseptique, antibiotique) et, si nécessaire, par voie générale en cas

de syndrome septique associé. La pristinamycine, la cloxacilline, voire les macrolides, administrés par voie générale, représentent les antibiotiques de choix. ■

Points Forts à retenir

- La prise en charge thérapeutique de la gale va être prochainement transformée par l'introduction de l'ivermectine.
- La gale doit être considérée le plus souvent comme une maladie sexuellement transmissible, mais les différents traitements contrôlent efficacement l'épidémie.
- La situation est plus contrastée pour les pédiculoses, où des résistances apparaissent au malathion et aux pyréthrine en France. Il paraît donc fondamental de revoir régulièrement la stratégie thérapeutique des produits pédiculicides.
- Enfin, le développement de l'épidémie de pédiculose corporelle chez les sujets en situation précaire risque de faire réapparaître des maladies infectieuses que l'on croyait disparues.